

Your Perfect Smile



IHRE SPEZIALISTEN FÜR KIEFERORTHOPÄDIE IM RHEINLAND

Name: _____ Geb.-Datum: _____
Vorname: _____ Telefon/Handy: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Krankenkasse: _____ Pflichtversichert? ja nein

Behandelnder Zahnarzt: _____

Prinzipielle Zustimmung zur Terminerinnerung per SMS ja nein

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die kieferorthopädische Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Bitte zutreffendes ankreuzen!

1. Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein
2. Haben Sie zu hohen/niedrigen Blutdruck? ja nein
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ja nein
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
 - Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen ja nein
 - Allergien, z.B. Heuschnupfen ja nein
 - Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 - Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
 - Nervenerkrankungen/Anfallsleiden/z.B. Epilepsie ja nein
 - Lebererkrankungen/Gelbsucht ja nein
 - Rheuma/rheumatisches Fieber ja nein
 - Nierenerkrankung/ Magen-Darmerkrankungen ja nein
 - Leiden Sie an einer Suchterkrankung? ja nein
 - Immunschwäche AIDS ja nein
5. Haben Sie einen Sprachfehler? wenn ja, welchen: _____ ja nein
6. Haben Sie häufiges – auch nächtliches – Zähneknirschen bemerkt? ja nein
7. Schlafen Sie mit offenem Mund? ja nein
8. Wird mehr durch den Mund als durch die Nase geatmet? ja nein
9. Gibt es in der Verwandtschaft Zahn- oder Kieferfehlstellungen? ja nein
10. Ist schon einmal eine kieferorthopädische Behandlung erfolgt? ja nein

BEFRAGUNG GEM. PARAGRAPH 28/1 RÖV.

Die Beantwortung nachstehender Fragen ist gesetzlich vorgeschrieben.

1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?
Wenn ja, bei wem und wann _____ ja nein
2. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein
3. Prinzipielles Einverständnis für notwendige Röntgenaufnahmen ja nein

Datum und Unterschrift des Versicherten _____

LINZ
WALDBRÖL

Klosterstr.11 • 53545 Linz
Hochstr.23 • 51545 Waldbröl

Tel.: 0 26 44 – 406 99 41
Tel.: 0 22 91 – 928 99 91

linz@yourperfectsmile.de
waldbroel@yourperfectsmile.de